

245

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Mars 1901, à 1 h.

PAR

O. AUVRAY

Né à Carentan (Manche), le 19 avril 1873

ÉTUDE DE QUELQUES VARIATIONS

DU

VOLUME DU FOIE

Leur valeur sémiologique

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

WIDAL et BROCA (André), agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Mars 1901, à 1 h.

PAR

O. AUVRAY

Né à Carentan (Manche), le 19 avril 1873

ÉTUDE DE QUELQUES VARIATIONS

DU

VOLUME DU FOIE

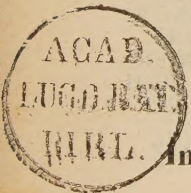
Leur valeur sémiologique

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

WIDAL et BROCA (André), agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHEL
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux ..		BERGER
		DUPLAY
Clinique chirurgicale		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
		BUDIN
Clinique d'accouchement		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques. M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS MES MAITRES

De la Faculté de médecine de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin à l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction

Avant de commencer notre travail, nous tenons tout particulièrement à remercier M. le docteur Cuffer de la grande bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant tout le cours de nos études médicales et nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

Nous remercions M. Courcoux, interne des hôpitaux, de l'amabilité avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour nous guider dans la rédaction de cette thèse.

Nous ne saurions trop remercier également MM. le docteur Bonnel, et Leclerc, pharmacien, nos parents et amis des bons conseils qu'ils nous ont prodigués, et du bon accueil qu'ils nous ont fait pendant notre séjour à Paris.

A M. le professeur Brissaud nous exprimons toute notre reconnaissance de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Limites normales du foie

Nous avons à notre disposition deux moyens principaux pour explorer le foie, ce sont : la percussion et la palpation.

Avant de décrire ces 2 procédés, voyons quelles sont, au point de vue clinique, les limites du foie normal, ou pour être plus exact quels sont les rapports de ses 2 bords supérieur et inférieur.

Bord supérieur. — Ce bord forme une ligne arquée à concavité intérieure placée transversalement, et dont le point le plus élevé passe à 5 cent. (2 travers de doigt environ) au-dessous du mamelon droit ; c'est-à-dire à peu près au niveau du cartilage de la cinquième côte droite.

Cette ligne commence en arrière vers la 10^e ou 11^e vertèbre dorsale, monte légèrement au niveau de l'aisselle et du mamelon, s'abaisse graduellement à l'épigastre. Elle correspond sur la ligne axillaire droite au septième espace ou à la septième côte ; sur la ligne mamelonnaire au cinquième espace, sur la ligne médiane à la base de l'appendice xiphoïde.

Quant à la partie gauche, il est difficile de la limiter par la percussion, la matité se confondant avec celle du cœur. On la détermine théoriquement en prolongeant la ligne de matité obtenue à droite, jusqu'à la pointe du cœur.

Bord inférieur. — En arrière, la matité commence dans le onzième espace intercostal, puis, après avoir contourné le thorax, cette ligne se dirige obliquement en haut et en dedans derrière le bord inférieur des fausses côtes. Un peu en dedans de la ligne mammaire, il dépasse ce rebord inférieur.

Sur la ligne médiane il passe au niveau de l'union du tiers moyen au tiers supérieur de l'intervalle qui sépare l'ombilic de l'extrémité inférieure de l'appendice xiphoïde, remonte vers le rebord costal gauche qu'il croise au point de jonction du septième et huitième cartilages costaux, et se termine enfin un peu en dedans de la pointe du cœur.

Telles sont les limites normales du foie chez un homme adulte et bien portant.

Mais il existe différentes causes, qui font varier ces limites, la glande hépatique étant cependant indemne de toute affection, et qui pourraient induire en erreur. Voici les principales que nous ne ferons que signaler.

Chez la femme, la limite supérieure est la même que chez l'homme, mais le bord inférieur est souvent un peu plus saillant à cause de la hauteur moins grande du thorax.

Cette différence est encore plus marquée chez l'enfant, surtout au niveau du lobe gauche qui est relativement beaucoup plus volumineux que chez l'adulte.

Chez le vieillard, au contraire, où la nutrition est plus languissante, où les organes par suite tendent à s'atrophier, le foie a des limites beaucoup moins étendues et est plus petit.

Les déviations de la colonne vertébrale font également varier les rapports du foie.

Dans les pays chauds il n'est pas rare de voir le foie plus volumineux chez les sujets qui ne sont pas acclimatés, le foie n'étant cependant atteint d'aucune lésion.

Nous pourrions encore citer toutes les causes d'ectopie. Mais nous traiterons ces cas dans un des chapitres suivants.



Division lobaire du foie

Le foie anatomique est divisé en quatre lobes : lobe droit, lobe gauche, lobe carré, lobe de Spiegel. Mais ces deux derniers étant inaccessibles à la percussion et à la palpation, leur intérêt est donc à peu près nul au point de vue clinique. Il ne reste donc plus que deux lobes : le lobe droit et le lobe gauche. Anatomiquement ils sont séparés par le ligament suspenseur, et cliniquement par la ligne médiane qui lui correspond sensiblement.

Mais cette division lobaire est incomplète. Le foie peut être, en effet, divisé en 3 lobes : lobe droit, lobe médian ou cholécystique ; lobe gauche ou épigastrique. Cette division en 3 lobes n'est pas, d'ailleurs, une simple vue de l'esprit ; elle est justifiée par l'anatomie, la clinique et l'expérimentation.

1^o Par l'anatomie. — La ligne que forme le bord inférieur du foie est brisée. Elle peut ne présenter qu'une incisure, mais elle n'en présente jamais plus de deux. Or, ces deux incisures lorsqu'elles existent

correspondent, l'une à la limite du lobe droit et du lobe médian, l'autre à la limite du lobe gauche et du lobe médian. La première est due à l'extensibilité moins grande du bord inférieur au niveau de la vésicule; la seconde au ligament suspenseur qui bride ce bord inférieur.

2° Par la clinique. — Il y a indépendance de ces trois lobes au point de vue clinique. En effet, on trouve des foies monolobaires, bilobaires, trilobaires suivant qu'il y a un, deux ou trois lobes hypertrophiés. De plus, la consistance peut différer d'un lobe à l'autre, le bord peut être tranchant en un point alors qu'il est moussé dans d'autres, etc.

3° Par l'expérimentation. — Si on pratique des injections aqueuses dans les veines du foie laissé en place sur le cadavre : « on constate, d'abord, pendant qu'il augmente de volume, que le foie ne se distend pas uniformément, simultanément dans toutes ses parties sous l'influence de l'injection; l'augmentation de volume débute par le lobe gauche; se continue dans le lobe droit pour revenir ensuite au lobe gauche, qui n'atteint son maximum de développement qu'après que le maximum a été atteint dans le lobe droit..... Si au lieu d'injecter la veine cave on injecte isolément chaque branche de la veine porte, on voit que la distension du foie se limite exactement au lobe irrigué par cette branche..... le lobe non injecté reste flasque quelle que soit la turgescence

obtenue dans le lobe injecté. Le lobe médian peut au-delà d'un certain degré participer à la turgescence, soit du lobe droit, soit du lobe gauche sans pourtant servir de lieu de communication en ces deux lobes (1). »

(1) Glénard et Siraud. — Etude expérimentale sur les modifications de l'aspect physique et les rapports du foie cadavérique par les injections aqueuses dans les veine de cet organe. — Lyon, méd. juin-juillet 1895.



Procédés d'exploration du foie

Deux moyens principaux avons-nous dit, sont à notre disposition pour explorer le foie sur le vivant : la percussion et la palpation. Le foie étant contenu tout entier dans la cage thoracique à l'état normal, la palpation n'est d'aucun secours pour reconnaître ses limites, et la percussion seule doit être employée. C'est par de la matité que le foie révèle sa présence.

Mais cette percussion doit être faite avec soin, car le foie n'est pas toujours en contact direct avec la paroi thoracique. Le bord supérieur du foie est recouvert par une languette pulmonaire qui, lorsqu'on percute faiblement donne de la sonorité. Le bord inférieur au contraire est directement en contact avec la paroi, mais ce bord est si mince qu'une percussion moyenne donne de la sonorité. Celle-ci est due au paquet intestinal sur lequel repose cette partie du foie. Aussi, la percussion doit être faite un peu fortement en haut, et alors la sonorité pulmonaire fera place à une légère submatité qui indiquera la présence

du foie. En bas au contraire, la percussion devra être légère. La sonorité obtenue ainsi sera beaucoup moins accentuée que plus bas où elle sera franchement intestinale.

Lorsque le foie a acquis un plus gros volume, ou bien lorsqu'il est déplacé, la percussion ne suffit plus et il faut y joindre la palpation qui seule à son tour permet de reconnaître la forme, la consistance et la sensibilité. Le procédé classique est simple. La main est mise à plat au niveau de l'hypocondre droit et déprimant peu à peu la paroi (pour cela il faut faire respirer largement le malade) on parvient à bien sentir la mollesse ou la dureté, la forme lisse ou bosselée de la glande.

Mais pour que ce procédé soit applicable, il faut que le foie déborde les fausses côtes d'une manière notable. Aussi lorsque l'hypertrophie est peu accusée, lorsque l'abaissement est minime, cette palpation simple n'est plus suffisante, et fait souvent diagnostiquer un foie sain alors qu'il est malade en réalité. Aussi M. Glénard, de Lyon, qui s'est beaucoup occupé de cette question, a-t-il décrit un procédé (1) qui permet d'explorer le foie d'une façon plus parfaite. Voici le résumé de ce procédé dit procédé du pouce.

1^o Avec la main gauche, soulever la région lombaire droite.

(1) Françon. — Thèse de Lyon, 1888.

2^o Avec la main droite déprimer la paroi antérieure de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite par leur partie la plus déclive, pour refouler du côté de l'hypocondre droit, sous le foie; la masse intestinale sous-jacente.

3^o Avec le pouce gauche déprimer la paroi antérieure du flanc droit au dessous du siège présumé du bord du foie.

4^o Les mains étant solidement en place, commander au malade un mouvement de profonde inspiration; et pendant ce mouvement glisser la pulpe du pouce gauche de bas en haut et en dehors et d'arrière en avant.

Si par ce procédé le foie n'est pas accessible, si le malade n'éprouve aucune douleur, on pourra en conclure que le foie est normal.

Ce procédé a de plus l'immense avantage de permettre une palpation très localisée, et de faire par cela même une délimitation exacte des différentes parties du foie. Il permettra de dire si le lobe droit est plus hypertrophié que le lobe gauche; si le lobe gauche est plus sensible que le lobe droit, s'il y a une différence de consistance entre les différents lobes, etc., etc.



Consistance et sensibilité du foie à la palpation

La palpation ne nous faisant connaître que les caractères du foie débordant les fausses côtes, c'est donc seulement de la sensibilité ou de la consistance du foie abaissé ou hypertrophié que nous nous occupons dans ce chapitre.

On dit en général qu'un foie est hypertrophié, lorsque son bord inférieur dépasse le rebord des fausses côtes. Cette hypertrophie peut être due, soit à une dégénérescence graisseuse, soit à une cirrhose, soit à une simple congestion. Ce sont justement les autres caractères fournis par la palpation qui permettent d'affirmer de quelle nature est l'hypertrophie.

Un foie hypertrophié peut être ou dur ou mou, ou de consistance inégale ; il peut être sensible ou non à la pression ; son bord inférieur peut être tranchant ou arrondi.

Foie mou. — La consistance du foie mou est comparable à la consistance donnée par le paquet intes-

final, de sorte que là où la percussion a donné de la matité, la palpation ne fait rien sentir qui puisse rappeler le foie. Un lobe aminci et allongé du foie ; la dégénérescence graisseuse donnent des foies mous. ~

Foie dur. — Le foie dur est celui dont la consistance a perdu toute élasticité. Cette consistance est comparable à l'os, au cartilage, au bois.

Cette consistance dure se trouvant chez un foie hypertrophié on peut affirmer l'existence d'une cirrhose de quelque nature qu'elle soit.

Bien entendu, entre cette mollesse extrême du foie et cette dureté ligneuse, on peut trouver tous les intermédiaires suivant que le processus est plus ou moins accentué.

A côté du volume et de la consistance du foie, il faut rechercher sa sensibilité. Disons tout d'abord que tout foie normal, de même qu'il est absolument souple, est parfaitement indolent à la pression.

Mais il ne faut pas croire que la réciproque soit vraie. Tout foie indolent n'est pas par cela même normal. Il est même des cas où l'indolence est un signe d'une plus grande gravité. Nous ne citerons que les foies atteints de sclérose ; ils ne deviennent indolents qu'à la période ultime alors que tous les éléments du foie sont pour ainsi dire étouffés.

La recherche de la sensibilité hépatique se confond avec la recherche du foie lui-même. La sensibilité du foie est indépendante de son volume, de sa forme, de

sa consistance. Quelquefois même la douleur est le seul signe de la présence du foie, soit que celui-ci soit hypertrophié et trop mou pour être distingué de l'intestin, soit qu'il ait un volume à peu près normal et peu accessible à la palpation.

Cette sensibilité est donnée par la palpation, par la percussion des espaces intercostaux, par la pression de la masse intestinale sous-jacente.

Cette sensibilité locale n'est pas seule à révéler un foie malade. Il y a aussi des sensations à distance qui peuvent même exister alors que le foie lui-même est parfaitement indolent.

Ces sensations à distance peuvent être d'un grand appoint pour un diagnostic précoce : n'en est-il pas ainsi de la douleur de l'épaule droite, douleur qui accompagne si souvent les états morbides du foie. Cette douleur de l'épaule droite peut être spontanée ou produite par la palpation du foie.

L'état nauséux est aussi souvent provoqué par la palpation du foie, de même qu'une toux particulière qui a pour caractères d'être sèche et quinteuse.

Enfin, citons encore comme localisations à distance les douleurs dans le sein droit, les douleurs dans la région du cœur, les sensations d'oppression et d'étouffement.

Mais comment affirmer que cette zone localement douloureuse ou provoquant des douleurs à distance appartient réellement au foie ?

Il est certain que si cette zone sensible est dure, circonscrite par un bord tranchant, il n'y a aucun doute. Mais dans les cas où le foie est mou, il n'en est pas de même et on est quelquefois fort embarrassé de dire si la douleur est due aux organes voisins : estomac, rein, intestin.

Pour se rendre compte si c'est bien le foie qui est malade, il faut chercher à délimiter avec grand soin la zone douloureuse d'avec la zone insensible. Si c'est vraiment le foie qui est en cause, la ligne de délimitation est une ligne régulière, courbe ou irrégulière, mais dont la courbure concave en haut, dont la direction pourraient exactement correspondre à celles du bord du foie.

Une autre preuve, c'est que cette zone sensible remonte presque toujours au niveau du rebord costal.

Tout cela n'est vrai que si la douleur siège dans l'hypocondre droit. Mais, si elle siège dans l'épigastre, faut-il la localiser dans l'estomac, et ne doit-on pas admettre quelquefois que cette douleur est due au lobe gauche du foie ? On doit l'admettre certainement, et même on doit l'affirmer lorsqu'on provoque par la pression des douleurs dans l'épaule droite, ou bien lorsqu'on provoque de la toux, des nausées, des étouffements.

On peut encore l'affirmer lorsque la zone sensible a pour limite exacte, en haut, le rebord costal, en bas une ligne droite ou courbe régulière qui correspon-

draît à la limite d'un lobe hépatique ; lorsque le clapotement ou la sonorité situées immédiatement au-dessus de cette ligne, font reconnaître l'estomac insensible.

Enfin, et c'est là un signe important, lorsqu'après la palpation la douleur locale persiste.



Ectopie et mobilité du foie

Dans un des chapitres précédents nous avons dit qu'un foie gros ou hypertrophié est un foie dont le bord inférieur dépasse le rebord des fausses côtes. Cela est vrai dans la pluralité des cas. Mais cependant il y a des exceptions, et pour les reconnaître il faut rechercher tous les caractères du foie. Voici un exemple : Un foie est trouvé débordant légèrement les fausses côtes, soit d'un travers de doigt. Aussitôt on pose le diagnostic de légère tuméfaction, léger empâtement ou congestion. Cherchons maintenant les caractères de ce foie. Il déborde vraiment les fausses côtes, mais il est souple ; son bord est tranchant, il est indolent. Tous ces caractères sont ceux du foie normal. Il ne s'agit donc pas d'une congestion, mais bien d'un foie normal abaissé ou déformé.

Avant d'aborder les causes qui peuvent amener ces ectopies et cette mobilité du foie, nous verrons succinctement par quels moyens le foie est maintenu dans sa situation normale.

Ce sont :

1° Des connexions ligamenteuses. — En haut le ligament coronaire et les ligaments triangulaires l'attachent au diaphragme.

En avant le ligament suspenseur l'attache à la paroi antérieure de l'abdomen.

2° La V. cave inférieure. — Le foie est suspendu à cette veine comme une grappe par l'intermédiaire des V. sus-hépatiques, et elle le maintient appliqué contre la colonne vertébrale.

3° La masse intestinale. — Cette masse intestinale prenant son point d'appui sur la paroi antérieure de l'abdomen, s'oppose à la bascule du foie en avant, et à la bascule latérale de ses bords.

4° La tension intra-hépatique. — Enfin cette tension intra-hépatique s'oppose à l'affaissement de la glande sur elle-même.

Ceci dit, voyons maintenant quelles sont les causes principales qui peuvent amener les ectopies et la mobilité du foie.

Elles peuvent être dues à un relâchement congénital ou acquis des liens qui unissent le foie au diaphragme et le fixent dans l'hypocondre droit. Ces cas se rencontrent surtout « chez les individus qui sont des névropathes du système nerveux abdominal,

des dyspeptiques, des constipés atteints pour la plupart de hernies, de relâchements des parois de l'abdomen, de gastro-entéroptose et de néphroptose. Partant il y a toute raison de rattacher ces déplacements, y compris celui du foie, à un désordre trophique des parties fibreuses et ligamenteuses de l'abdomen, en vertu duquel ces parties manquent de solidité et de résistance (1) ».

Dans le même ordre on peut encore citer le relâchement chez la femme de la paroi abdominale due à plusieurs grossesses.

Dans ces cas un examen attentif permet de faire le diagnostic de foie mobile. On trouve bien un foie dont le bord intérieur dépasse le rebord costal de 2, 3, 4 travers de doigt, mais si on percute au niveau de la 5^e, 6^e ou 7^e côte, c'est-à-dire là où la matité hépatique existe quand l'organe occupe sa position normale, on trouvera de la sonorité.

Nous passons sous silence les foies tellement mobiles, qu'ils descendent jusque dans la fosse iliaque ou atteignent le pubis. Il est certain que dans ces cas si les phénomènes que présentent les malades font penser au foie, on ne pourra que songer à l'ectopie de cet organe.

A côté de ces ectopies non mécaniques, qui ne sont

(1) Lancereaux. — Maladies du foie et du pancréas, 1899, page 129.

pas une rareté comme on le croyait autrefois, il y a une ectopie mécanique due à une cause matérielle et dont la mobilité est beaucoup plus faible. En première ligne on doit placer la pleurésie droite avec épanchement abondant, abaissement important on le sait pour évaluer la quantité de liquide et guider sur l'indication de la thoracentèse. Dans ce cas la glande hépatique n'est nullement atteinte, et la cause disparaissant, le foie reprend sa place normale. L'emphysème pulmonaire est aussi une cause importante de l'abaissement du foie. En effet, les poumons à l'étroit dans la cage thoracique abaissent le diaphragme et par suite le foie. Il y a cependant une réserve à faire dans ces cas : Le foie tout en étant abaissé, est ordinairement hypéremié. Il est donc en même temps malade et abaissé.

Comme principales causes nous citerons encore les tumeurs volumineuses du thorax, les déviations de la colonne vertébrale.

Dans ces cas de pleurésie, d'emphysème, de déviation de la colonne vertébrale, si l'examen a été fait attentivement, on ne prendra pas l'abaissement pour une hypertrophie. L'ectopie sera facilement reconnue par la percussion.

Chez l'emphysémateux, ou chez le malade dont la colonne vertébrale sera déviée, la percussion donnera un abaissement du bord supérieur, correspondant à l'abaissement du bord inférieur. Chez le pleu-

rétiqne, la matité remontera si haut que toute idée d'hypertrophie du foie sera écartée, et les autres signes constatés affirmeront le diagnostic.

Chez la femme, enfin, nous trouvons une cause extérieure cette fois de l'ectopie du foie. Nous voulons parler de l'usage abusif du corset ou de tout autre vêtement trop étroit. Chez une femme ayant un foie dépassant le rebord costal, il suffit d'interroger la malade pour éviter cette cause d'erreur. De plus, il existe un sillon qui donne au foie la forme d'un bissac (Foie en bissac) et qui, à défaut d'autres renseignements, suffirait pour assurer le diagnostic.

Mais ces renseignements, dans ce dernier cas comme dans tous les autres précédents, ne manquent jamais. Il suffit de les chercher attentivement. On trouvera toujours les caractères du foie normal, c'est-à-dire : la souplesse, l'indolence, un bord tranchant et une surface lisse.



Des grès foies par stase sanguine

« La solidarité physiologique qui unit les organes entre eux est telle que l'un ne peut être modifié dans sa fonction sans qu'il en résulte un désordre quelconque pour les autres (1). »

Le foie comme tous les autres organes est soumis à cette loi, et comme c'est surtout par sa circulation qu'il dépend des autres viscères, nous la résumerons brièvement.

On distingue dans le foie deux ordres de vaisseaux : les vaisseaux afférents (A. hépatiques et V. Porte) et les vaisseaux éfferents (V. Sus-Hépatiques).

L'A. hépatique est une des 3 branches du tronc cœliaque, lequel naît perpendiculairement de l'aorte entre les piliers du diaphragme, Elle apporte au foie le sang destiné à sa nutrition.

La V. Porte est formée par la réunion des V. mé-

(1) Lancereaux. — Traité des maladies du foie et du pancréas.

sentériques supérieure et inférieure, qui lui apportent tout le sang de la portion sus-diaphragmatique du tube digestif, et de la V. splénique. En abordant le foie, elle se divise en 2 branches, gauche et droite. C'est dans la branche gauche, en général, que se jettent les V. coronaire stomachique et pylorique.

Le sang amené au foie par la V. Porte est destiné à l'élaboration de la bile et de la matière glucogène.

Après avoir pénétré dans la glande hépatique où elle se divise en capillaires, ceux-ci se réunissent et forment les V. Sus-hépatiques qui ramènent le sang dans la V. cave inférieure, laquelle le verse dans l'oreillette droite du cœur.

Ce simple exposé que nous venons de faire de la circulation hépatique, montre clairement que cette glande a des rapports intimes avec le cœur, et qu'il n'est pas étonnant que ces 2 organes influent l'un sur l'autre.

Le mauvais fonctionnement du cœur amènera inévitablement une congestion passive du foie; le barrage de l'A. hépatique aura pour résultat une dilation du cœur gauche, *et plus tard du cœur droit.*

Le mécanisme de la congestion passive dans les maladies du cœur est facile à comprendre. Elle est déterminée par un excès de pression dans les vaisseaux éfférents (v. Hépatiques, v. cave). Cette stase veineuse est dûe à des causes multiples : maladies de

l'endocarde et surtout lésions des orifices mitrales ; maladies du myocarde, etc, etc.

L'insuffisance mitrale étant l'affection la plus commune, c'est elle que nous prendrons comme exemple.

A l'état normal, le sang contenu dans le ventricule gauche ne peut, au moment de la systole, refluer dans l'oreillette gauche, les valvules mitrales obturant complètement l'orifice qui fait communiquer ces 2 cavités entre elles. Dans l'insuffisance mitrale au contraire, les valvules ne pouvant plus s'accoler entièrement, il existe toujours une porte ouverte, faisant communiquer entre eux l'oreillette et le ventricule. A chaque systole donc, une partie du sang qui devrait passer dans l'aorte revient dans l'oreillette gauche.

Pendant un certain temps cet état de choses peut subsister sans amener d'accidents appréciables. Le cœur droit et l'oreillette gauche s'hypertrophient et tant que le muscle cardiaque n'est pas fatigué, ses contractions plus actives suppléent à l'insuffisance de l'orifice : il y a compensation.

Mais tôt ou tard (suivant le traitement institué, et surtout suivant l'hygiène observée), la fatigue se fait sentir, il y a de la dégénérescence du myocarde, c'est alors qu'apparaissent les accidents asystoliques, congestions et œdèmes. Œdèmes des membres inférieurs ; congestion du poumon, dilatation du cœur droit, stase, dans la V. cave, congestion du foie.

A côté des lésions valvulaires, les altérations du

muscle cardiaque peuvent également produire la congestion passive du foie, et parmi les maladies capables de produire ces altérations, nous citerons tout spécialement la néphrite chronique.

Voyons donc maintenant comment le rein agit sur le cœur et par suite sur le foie ?

Le rein est un organe qui a pour fonction d'éliminer un grand nombre de poisons qui se trouvent dans le sang. Or cette élimination se fait d'une façon défectueuse dans les cas d'altération du rein, et l'économie tout entière s'en ressent. Le cœur pas plus que les autres organes n'est à l'abri de ces poisons, aussi n'est-il pas rare de le voir atteint, et comme principale lésion nous citerons la péricardite, qu'on peut appeler péricardite toxique. Or une péricardite même légère, peut influencer sur le muscle cardiaque, et par suite le rendre insuffisant : la fonction du cœur entravée, il en résulte une mauvaise circulation, et de la stase dans les différents viscères.

Mais le rein agit encore d'une autre façon sur le cœur, et surtout sur son hypertrophie qui est presque la règle dans les affections rénales. « Cette hypertrophie, dit M. Potain, pourrait bien être le résultat d'une tonicité exagérée des petits vaisseaux, tonicité dont le rein serait par action réflexe le point de départ ». Cette contracture des petits vaisseaux n'est pas rare en effet chez les brightiques, et elle a pour résultat d'augmenter considérablement la tension

sanguine. Or chaque fois que cette tension est augmentée, le cœur est obligé de faire de plus grands efforts pour vaincre l'obstacle et faire circuler le sang dans les vaisseaux. Le résultat de ce travail exagéré, c'est l'hypertrophie cardiaque; et tout particulièrement du cœur gauche.

Enfin, si comme dans l'observation que nous rapportons plus loin, le malade est artério-scléreux, n'est-il pas évident que le rein étant le point faible de l'économie par suite de sa lésion, les altérations de ses artères seront plus accentuées chez lui que dans les autres organes, et la moindre cause n'aura-t-elle pour effet le barrage de ces mêmes artères ? or quel sera le résultat de cette asystolie locale ? Ce sera une congestion du rein, une augmentation de pression dans les artérioles, dans les artères rénales, dans l'aorte, dans le cœur gauche, puis dilatation du cœur, si le muscle fatigué ne peut résister, où si un traitement approprié ne vient pas faire cesser cet état de choses.

Le néphrétique est donc devenu en même temps un cardiaque, et c'est par l'intermédiaire du cœur que son foie est atteint.

Le foie congestionné peut atteindre des proportions énormes, et arriver jusqu'à l'ombilic ainsi que nous le constatons chez le malade qui fait le sujet de l'observation I.

Mais cette hypertrophie du foie n'est pas atteinte d'emblée ; elle est le résultat de plusieurs poussées

congestives qui se produisent à de plus ou moins longs intervalles.

Ces poussées congestives sont dues certainement à une irritation du rein dont la cause nous échappe quelquefois, mais qui souvent est due à un écart de régime, ou à une imprudence du malade.

Celui-ci fatigué du régime lacté absolu, mange, et en introduisant ainsi des aliments dans son estomac, introduit des toxines dans son sang. Le rein malade non seulement ne peut les éliminer, mais il est au contraire irrité par elles. Ses vaisseaux se contractent la tension sanguine augmente d'autant, et le cœur déjà fatigué ne peut vaincre ce nouvel obstacle. Il fléchit, se dilate, et avec cette dilatation apparaissent les œdèmes, les épanchements, les congestions pulmonaire et surtout hépatique. L'aspect du malade est alors celui d'un asystolique. Puis sous l'influence d'un nouveau traitement, et surtout d'un régime lacté exclusif, tout rentre à peu près dans l'ordre.

Nous disons à peu près, car le foie, contrairement à ce qui se passe dans les congestions actives dont nous parlerons plus loin, ne revient jamais à son état primitif. Après chaque poussée il reste hypertrophié, et cette hypertrophie est d'autant plus grande que les poussées ont été plus nombreuses.

La congestion du foie se reconnaît facilement par la percussion et la palpation.

A la percussion, on trouve la matité hépatique plus

ou moins augmentée. Elle peut atteindre 20 ou 22 centim. sur la ligne mammaire (au lieu de 12, chiffre normal) et 12, 14 ou 16 centim. sur la ligne axillaire (au lieu de 10 centim.). Cette augmentation de volume se constate sur le foie tout entier ; il n'y a pas prédominance d'un lobe sur l'autre.

La palpation ne fait que confirmer les données de la percussion au point de vue de l'hypertrophie. De plus, elle permet de constater que la consistance est à peu près normale, mais que le bord inférieur est mousse au lieu d'être tranchant.

Dans l'intervalle des poussées congestives, la sensibilité est peu accusée, tandis qu'elle est au contraire très accentuée au moment même où elles se produisent.

Il est un signe important que l'on rencontre quelquefois, et qui permet d'affirmer l'existence de la dilatation cardiaque ; ce sont les battements hépatiques. Ces battements ou plutôt ces expansions du foie, sont faciles à percevoir par la palpation. Une seule cause d'erreur existe : ce sont les battements du tronc cœliaque. Mais dans les cas douteux l'examen simultané du pouls permettra de faire le diagnostic.

L'examen du foie dans la néphrite chronique a une très grande importance au point de vue du diagnostic, non pas de la néphrite elle-même, mais de ses complications.

Les signes de la néphrite en effet sont en général

assez accentués, même au début pour permettre de la reconnaître. A la première période d'ailleurs, il est bien rare que le foie soit atteint. Mais, plus tard, lorsqu'il commence à s'hypertrophier, n'est-il pas la preuve que le cœur surmené, ne peut accomplir tout le travail qui lui est demandé. Lorsqu'on constate une poussée congestive du foie, n'est-ce pas signe que le cœur fléchit davantage, et cela parce que l'insuffisance du rein s'accroît.

Quant à cet examen du foie, au point de vue du pronostic, il est pour ainsi dire superflu d'en faire remarquer l'importance après ce que nous venons de dire.

Ce foie congestionné dénotant un muscle cardiaque fatigué, dégénéré, il est facile d'en conclure que la vie du malade est gravement compromise, et que la mort est plus ou moins proche, quel que soit le traitement institué. Nous ne voulons pas dire cependant que ce traitement n'a aucune efficacité. Non. Il est certain qu'on peut donner une nouvelle force au cœur, qu'on peut aider plus ou moins la fonction rénale, et retarder d'autant l'échéance fatale. Mais il faut bien dire aussi que la survie n'est pas en général d'une bien longue durée, mais qu'il est fréquent au contraire de voir de nouvelles attaques d'asystolie se produire à des intervalles de plus en plus rapprochés, jusqu'à ce que l'une d'elle emporte le malade.

Voici une observation prise dans le service de M. le

docteur Cuffer, à Necker, et qui montre bien tout ce que nous avons dit précédemment,

OBSERVATION I

Il s'agit d'un homme âgé de 41 ans, charretier qui occupait le lit n° 4 de la salle Vernois.

Rien d'important dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Le malade ne se rappelle pas avoir eu de maladies dans son enfance, et sa santé a été excellente jusqu'en 1893.

A cette époque il eut, dit-il, des rhumatismes ? qui l'auraient forcé de cesser son travail pendant deux jours ?? Il ne s'alita pas cependant.

Au mois d'août 1899, il eut une bronchite, et entra à l'hôpital Necker, salle Trousseau, dans le service de M. Rendu. Il y resta dix jours. L'examen des urines, au dire du malade, ne semble pas avoir décelé d'albumine.

Au mois de février 1900, il eut la grippe, et pour la première fois on trouva de l'albumine. Il resta chez lui et reprit son travail peu de temps après. Mais il ne se sentait pas aussi bien portant qu'auparavant. Il était essoufflé au moindre effort, et tous les soirs en se couchant, il constatait un léger œdème des malléoles qui disparaissait pendant la nuit.

Enfin le 17 septembre dernier, les œdèmes augmentant, la dyspnée étant plus accentuée et un point de côté étant survenu, il se décida à entrer à l'hôpital.

C'est le 13 que nous l'avons vu pour la première fois.

A cette époque l'oppression est assez marquée. L'auscultation du poumon ne donne rien à droite. A gauche avec de la matité on constate une diminution du murmure vésiculaire, quelques frottements. Mais tous ces signes sont peu accentués, et on pose le diagnostic de pleurite. Cette pleurite d'ailleurs disparut assez rapidement.

Il fallut chercher ailleurs la cause de la dyspnée. On ausculta le cœur. Pas de lésions valvulaires, mais un bruit de galop diastolique très net qui fit tout de suite songer au rein.

L'analyse des urines fut faite, et on constata en effet une assez grande quantité d'albumine. Les urines étaient rares.

Nous avons donc affaire à un néphrétique et cette néphrite chronique avait eu probablement comme point de départ une néphrite infectieuse aiguë qui était survenue au cours de la grippe antérieure.

L'examen de la région hépatique nous permit de constater un foie gros, débordant de 2 travers de doigt sur la ligne mammaire, le rebord des fausses-côtes. La palpation était peu douloureuse.

Le régime lacté fut rigoureusement institué ainsi que le repos absolu, et le malade prit pendant quelques jours 0,15 centigr. de théobromine.

Sous l'influence de ce traitement et de ce régime, les symptômes dyspnéiques s'amendèrent et les urines devinrent abondantes : en moyenne 2 litres et demi tous les jours. L'albumine diminua et à partir du 15 octobre, c'est-à-dire près d'un mois après, le dosage journalier, par la

méthode d'Esbach, donna une moyenne de 0,50 centigr. par litre.

Cet état, relativement satisfaisant, dura jusqu'au 15 novembre.

A cette date, en entrant le matin dans la salle, nous fûmes tout surpris de voir le malade assis sur son lit, en proie à une dyspnée assez intense.

La quantité d'urine, qui était la veille de 3 litres, était tombée à 1 litre, contenant 1 gr. 50 d'albumine.

Les battements du cœur étaient précipités, irréguliers ; on constatait à la base un léger frottement péricardique. Nous n'entendîmes pas le souffle de l'insuffisance tricuspide, et cependant le cœur était dilaté.

Le foie, en effet, était augmenté considérablement de volume. Il atteignait, en hauteur, 22 centimètres sur la ligne mammaire, et 16 centimètres sur la ligne axillaire.

Par la palpation, qui était très douloureuse, on constatait des battements de la glande. Ce sont ces battements qui nous ont permis d'affirmer la dilatation du cœur.

Voulant connaître la cause de cette poussée aiguë, nous avons interrogé le malade, qui avoua avoir mangé un peu de pain la veille au soir. On voit que le résultat ne se fit pas attendre.

On institua aussitôt un traitement : 3 ventouses scarifiées furent posées sur la région hépatique ; le malade prit de la lactose, et recommença son régime lacté absolu.

Sous l'influence de ce nouveau traitement, la quantité des urines augmenta et dès le surlendemain elle atteignait 3 litres.

L'albumine diminua progressivement, et le 10 novembre on n'en trouva plus que 0,50 centigr. par litre.

Les œdèmes, qui avaient également augmenté disparurent en grande partie, et le foie revint peu à peu sur lui-même.

Mais il ne se rétracta pas entièrement, et il est resté plus gros qu'avant la crise. Le 30 novembre, il atteignit à peu près sa même limite. A cette époque, en effet, il dépassait de 3 travers de doigt le rebord costal, et jusqu'au 13 novembre, date de la sortie du malade, il avait conservé ses mêmes dimensions.

Ces asystolies locales rénales, dont nous avons dit quelques mots précédemment, qui ont une si grande influence sur le cœur et par suite sur le foie, ne sont pas l'apanage exclusif du rein. Elles se produisent également dans le foie et ont les mêmes effets sur le cœur. Elles se rencontrent principalement chez les individus qui pour une raison ou pour une autre (saturnisme, goutte, rhumatismes, sénilité, etc.) sont de l'artério-sclérose généralisée, et qui sont de plus des alcooliques. Le foie étant le point faible de l'économie, c'est une raison pour que les lésions communes à tous les autres organes, soient plus accentuées chez lui, et le moindre prétexte suffira pour amener la contracture de ses artères malades, contracture portant tout particulièrement sur les capillaires et les artéριοles. Le barrage plus ou moins complet qui en résulte a pour effet immédiat d'entra-

ver le cours du sang, d'augmenter la glande dans des proportions quelquefois énormes, et d'élever d'une façon très sensible la tension sanguine dans l'A hépatique, dans le tronc cœliaque, dont elle est la branche principale, et dans l'aorte.

Le cœur hypertrophié peut lutter pendant quelque temps contre ces poussées, mais lorsque le muscle cardiaque sera fatigué, dégénéré, nous assisterons alors à sa dilatation, et nous retrouverons le tableau des stases sanguines et des œdèmes déjà décrit à propos de la néphrite.

Il est très important de connaître ces faits au point de vue du traitement. Si en effet devant un malade présentant ces symptômes; (dilatation cardiaque, hypertrophie et battements hépatiques, dyspnée, œdème) le médecin les attribue à une maladie du cœur, son premier soin sera de faire cesser cet état asystolique en donnant un tonique du cœur, de la digitale par exemple. Or, non seulement le malade ne bénéficiera pas de cette médication, mais son état s'aggravera. La digitale en effet aura pour effet d'augmenter une tension sanguine déjà trop élevée. Ce n'est pas au cœur qu'est le mal, c'est au foie, et 4 ou 5 ventouses scarifiées sur la région hépatique ou rénale feront cesser ou du moins diminueront les accidents presque immédiatement.

Il est vrai qu'il est quelquefois difficile de reconnaître ce point de départ hépatique, surtout que le

plus souvent le malade se présente, son cœur étant déjà dilaté. Mais on peut cependant y arriver par des interrogations sévères. Le malade a-t-il eu antérieurement des maladies capables d'amener une affection cardiaque ? Était-il sujet aux essoufflements, aux accès de dyspnées, aux œdèmes propres à ces affections ? Ou bien le sujet étant artério-scléreux, est-il alcoolique ? Est-ce par la douleur hépatique que la scène présente a commencé, et ces douleurs ont-elles eu lieu précédemment ? Les réponses à ces questions permettront de débrouiller ces cas si difficiles, et d'appliquer le seul traitement efficace.

Voyons maintenant de quelle manière se comporte le foie dans ces circonstances ?

Les symptômes qu'il présente n'ont rien de particulier et ressemblent à ceux de toutes les autres congestions du même organe, augmentation de volume, d'autant plus accentuée que 2 causes surviennent pour amener la stase sanguine: contracture des artérioles, stase dans les V. cave et sus-hépatiques. Battements de la glande, douleur spontanée et à la pression.

La seule chose particulière c'est que la période asystolique débute non par de la dyspnée due à la stase dans le poumon, mais par une pesanteur, puis par une douleur vive à la région hépatique.

Si à cette période le médecin était appelée, il est presque certain qu'il pourrait par l'application de quel-

ques ventouses scarifiées (1°) décongestionner le foie et 2°) empêcher la dilatation cardiaque.

Mais ces cas se compliquent encore lorsqu'en même temps que l'À sclérose, l'alcoolisme, il existe une maladie du cœur. C'est là surtout, qu'il faut rechercher avec soin si c'est le foie qui par sa douleur, par sa congestion a commencé la scène, ou si l'attaque d'asystolie est uniquement due à la lésion des valvules, et cela sera d'autant plus difficile qu'en très peu de temps le cœur se laissera dilater ne pouvant résister aussi longtemps qu'un cœur sain à l'élévation de la pression sanguine dans l'aorte.

Le malade dont nous rapportons plus loin l'observation offre un cas de ce genre. D'un côté il est artério-scléreux alcoolique, d'un autre côté il est rhumatisant et cardiaque.

Voici cette observation.

OBSERVATION II

Bartille Louis.., 45 ans, garçon de café. Entré le 10 janvier 1901, dans la salle Vernois, lit n° 6, service de M. le docteur Cuffer. Hôpital Necker.

Antécédents personnels. — Rien de particulier dans son enfance.

1876. — Etant au régiment il est atteint de rhumatismes et reste 45 jours à l'hôpital.

1878. — Nouvelle attaque de rhumatisme, mais beaucoup moins forte que la première. Le malade ne peut nous dire si à cette époque on trouva quelque chose au cœur.

1896. — Etant à Toulon, il constata de l'enflure aux jambes qui augmenta progressivement et atteignit bientôt les parties. On lui fit les mouchetures et on lui donna de la digitale.

Sorti de l'hôpital de Toulon, le malade vient à Paris. Mais son œdème étant toujours très prononcé il entre à la Charité dans le service de M. Potain. Lait, digitale, strophantus ; son foie dit-il était déjà gros et douloureux. Il passe 15 jours à Vincennes après sa sortie de l'hôpital, puis il reprend son travail. Mais il est bientôt obligé de cesser et entre à l'hôpital d'Andral dans le service de M. Mathieu. Digitale, cataplasmes sur le foie.

Après avoir repris son travail, il est obligé de nouveau de le cesser et entre à l'Hôtel-Dieu. (Le malade ne peut nous dire dans quel service). Il y reste 3 mois et reprend encore de la digitale.

Enfin il sort de nouveau, et quelques semaines plus tard c'était dans le service de M. Cuffer qu'il entra.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital le malade est dyspnéique, mais il se plaint surtout de sa douleur hépatique.

En examinant le malade on trouve ses artères dures, mais pas extrêmement cependant.

Le métier du malade ne peut laisser aucun doute sur l'alcoolisme; sur ce sujet, d'ailleurs, les aveux sont complets.

Le foie étant pour ainsi dire la seule préoccupation du malade, c'est lui que nous examinons d'abord.

La percussion, quoique très douloureuse surtout au niveau du lobe gauche, permet, cependant, de reconnaître une hypertrophie énorme. Il dépasse de 7 travers de doigt le rebord costal sur la ligne mammaire. Sur la ligne sternale nous n'avons pu reconnaître les dimensions, le malade permettant à peine le toucher en ce point.

Cette douleur est, d'ailleurs, spontanée, et comme nous l'avons dit plus haut c'est surtout sur son foie qu'il attire l'attention. Par la palpation nous trouvons les battements de la glande qui indiquent une dilatation cardiaque.

Cœur. — Les battements du cœur sont irréguliers. A l'auscultation on entend un roulement présystolique et un dédoublement constant du second bruit : rétrécissement mitral.

En remontant vers la base on trouve un souffle au 1^{er} temps, avec timbre spécial qui fait diagnostiquer un rétrécissement sous-aortique. Enfin au niveau du cœur droit on entend, quoique légèrement, le souffle de l'insuffisance tricuspidiennne.

Reins. — Pas d'albumine dans les urines.

En interrogeant soigneusement le malade nous apprenons que le foie est devenu presque tout à coup très douloureux, et que ce n'est qu'à la suite qu'il a été pris de dyspnée.

Devant ces signes le traitement dont nous avons parlé précédemment a été appliqué.

5 ventouses scarifiées ont été posées sur la région hépatique, 3 sur le cœur.

Régime lacté absolu. Le résultat ne s'est pas fait long-

temps attendre car, le lendemain matin, à la visite, le malade allait beaucoup mieux, et était enthousiasmé....
« Depuis longtemps, disait-il, je n'ai jamais été aussi bien. Mon foie ne me fait plus mal. » Son foie, en effet, ne le faisait plus souffrir du moins spontanément. La palpation était également beaucoup moins douloureuse, quoique encore assez accusée au niveau du lobe gauche

Son volume avait un peu diminué, et sur la ligne mammaire il ne dépassait plus que de 5 travers de doigt le rebord costal. Plus de battements.

La dyspnée avait également disparu, et déjà le malade parlait d'aller faire un séjour à Vincennes.

Il s'est décidé cependant à rester quelques jours, et le mieux a continué à se faire sentir. Son foie est toujours gros, mais beaucoup moins douloureux. Les battements du cœur sont plus réguliers.

Le malade en un mot est aussi bien que possible. Et le jeudi 31 janvier il a pu sortir de l'hôpital.

N'est-il pas permis de croire devant ce cas, que, si le malade s'était présenté 1 ou 2 jours plus tôt à l'hôpital, son attaque d'asystolie aurait été évitée ? ou du moins très atténuée ?



Du Foie chez les Alcooliques

Dans le chapitre précédent, nous n'avons parlé que de l'hypertrophie du foie, due à des congestions passives, c'est-à-dire à un obstacle mécanique à la circulation du sang dans la veine cave supérieure et dans les V. sus-hépatiques. Mais à côté de ces cas, il existe une autre variété de congestion, dite active, et qui est déterminée par un excès de pression dans la V. porte. Sous l'influence de la réplétion de ces vaisseaux, le volume du foie augmente notablement de volume.

Les causes en sont très nombreuses, et même on les voit survenir en dehors de toute altération pathologique : n'en est-il pas ainsi dans l'augmentation du volume du foie pendant la digestion normale, à la suite de l'administration d'un purgatif ?

Mais laissons de côté ces cas sans intérêt pour la clinique, et abordons les congestions plus sérieuses, dont la constatation peut aider le médecin dans son diagnostic, et le guider dans son traitement.

Une des causes les plus fréquentes de cette congestion active du foie, c'est l'usage immodéré des boissons alcooliques. L'alcool, sous toutes ces formes, en effet, est un poison du foie. Absorbé par l'estomac et l'intestin, il passe dans le sang de la V. porte et vient irriter le tissu hépatique. On sait que cette irritation continue du foie amène la cirrhose, dite hypertrophique ou atrophique, suivant que la glande est plus petite ou plus grosse qu'à l'état normal.

Mais avant la production de la cirrhose, qui est une lésion incurable du foie, il s'est écoulé une période appelée période précirrhotique, et que le médecin a tout intérêt à connaître, parce que, à cette époque, la guérison de l'affection est possible. Cette période prodromique est justement marquée par une simple congestion de l'organe.

Si cette phase prodromique est si souvent méconnue, c'est qu'on néglige trop souvent l'examen du foie, et qu'on se contente des explications du malade, qui ne se plaint que de troubles digestifs. On sait en effet que les phénomènes propres aux affections hépatiques sont généralement insidieux : ce sont les troubles de la digestion qui sont les plus accentués, et comme ils se rencontrent dans une foule d'autres circonstances, on ne pense pas à une affection hépatique. Ce n'est que lorsque le malade est à un état avancé d'amaigrissement, que l'on remarque chez lui une circula-

tion collatérale abdominale un peu développée, qu'on fait le véritable diagnostic.

Cette phase précirrhotique peut durer plusieurs années, et consiste en une hypertrophie quelquefois très intense du foie.

La percussion révèle un organe dépassant de 1, 2, 3 travers de doigt et même davantage, le rebord costal. Son développement est général, sa surface est lisse, son bord inférieur est peu ou pas épaissi. Si on percute avec soin le bord supérieur, on trouve que la glande s'élève jusque vers la quatrième côte, qui, parfois même est dépassée.

Cette hypertrophie générale de la glande est un signe important. Dans les autres affections hépatiques telles que : néoplasies, kystes hydatiques, etc., le foie peut aussi remonter très haut, jusqu'à la quatrième côte, par exemple, ou bien déborder de beaucoup les fausses côtes, mais cette augmentation est toujours limitée et ne s'étend pas à toute la hauteur de l'organe.

De plus, le foie est sensible, et la pression provoquera de la douleur avec irradiation dans l'épaule droite, de la toux quinteuse, des nausées, tous caractères qui permettront de ne pas rapporter ces symptômes à l'estomac.

Cette période prodromique, avons-nous dit, peut durer des années, et ce n'est que beaucoup plus tard qu'apparaissent les symptômes propres de la cirrhose.

La santé générale reste bonne, et on ne trouve que les stigmates de l'alcoolisme : tremblement des mains, diminution des forces, manque d'appétit, pituites le matin, cauchemars la nuit.

Si, à cette période encore peu avancée, le malade veut se soigner, et si surtout il abandonne complètement ses habitudes d'intempérance, le foie diminuera de volume et reviendra à peu près à son état normal. C'est qu'en effet, comme chez les dyspeptiques au début, il ne s'agit là que d'une congestion, congestion active qui ne demande qu'à disparaître dès que la cause aura disparu. Mais si au contraire, le malade continue ses excès, s'il ne suit pas un régime sévère, il aboutit à la cirrhose.

Avant de parler de cette cirrhose nous allons dire quelques mots d'une précirrhose beaucoup plus rare que la première, mais aussi beaucoup plus grave, en ce sens qu'elle altère les cellules du foie, tandis que la précirrhose commune les laisse intactes. C'est l'hypertrophie graisseuse. C'est dans ces cas surtout que l'on rencontre des foies volumineux descendant au-dessous de l'ombilic, quelquefois même atteignant l'épine iliaque. Au palper on sent une masse plus ou moins ferme, à surface lisse, à bord inférieur épais et arrondi. Pas de sensibilité, pas d'ictère, pas de circulation collatérale.

On comprend facilement que cette précirrhose soit beaucoup plus grave, puisqu'elle s'attache aux cellules

même de la glande hépatique, et il est en effet fréquent de voir ces malades atteints d'une inappétence absolue, d'hémorrhagies fréquentes, d'une grande faiblesse, de délire et mourir dans le coma.

Laissons maintenant de côté cette forme précirrhotique qui peut enlever le malade et disons quelques mots de la cirrhose qui est en général le dernier état du foie chez l'alcoolique. On décrit 2 sortes de cirrhoses : la cirrhose atrophique, et la cirrhose hypertrophique.

Cette dernière forme qui pour les uns, M. Lanceaux en particulier, serait non pas une affection différente de la cirrhose atrophique, mais seulement une autre forme clinique, et pour les autres, Hanot, Gilbert, Dieulafoy, une affection spéciale, a comme symptôme physique, facile à retrouver par la percussion et la palpation, une augmentation du foie qui mesure de 30 à 35 centimètres au niveau de la ligne mammaire. La glande descend parfois jusqu'au niveau du pubis, envahit une grande partie de la cavité abdominale et commence au niveau et même au dessus de la quatrième côte. Lisse ou à peine granulé, cet organe offre une consistance ferme généralisée, sans dureté excessive.

Quant aux autres symptômes ils peuvent être semblables à ceux de la cirrhose atrophique. ascite, circulation collatérale développée, etc., ou bien ils font complètement défaut et ne se réduisent qu'à quel-

ques troubles digestifs, un peu d'ictère, perte des forces, etc.

Nous ne nous étendrons pas sur ces symptômes, mais nous ferons une remarque importante, faite par quelques auteurs, en particulier MM. Lancereaux, Glénard, Françon, c'est que dans l'hypertrophie ou l'atrophie du foie, faisant suite à la période prodromique de nature congestive, le bord inférieur seul est sujet à variation. Le bord supérieur au contraire occupe toujours une position plus élevée qu'à l'état normal.



Foie des dyspeptiques

Après l'alcoolisme, les maladies infectieuses, les maladies cardiaques et rénales, nous pouvons citer les maladies de l'estomac comme ayant un grand retentissement sur le foie. La congestion hépatique est si fréquente chez ces malades, que M. le professeur Bouchard, qui s'est beaucoup occupé de la question et auquel nous ferons de larges emprunts, a trouvé 240 foies gros chez 665 malades atteints de dilatation de l'estomac.

Cette influence de l'estomac sur la glande hépatique est facile à comprendre. Le foie, en effet, a une importance considérable au point de vue de la défense de l'organisme contre les poisons de toute nature venus du dehors ou fabriqués dans l'économie. Elle les retient ou les transforme, soit pour les rendre ensuite peu à peu au torrent circulatoire à des doses inoffensives, ou sous des formes moins toxiques, et les substances gagnent ainsi le filtre rénal qui les élimine, soit pour s'en débarrasser par les voies biliaires après

les avoir le plus souvent converties en substances moins absorbables par l'intestin. Le rôle du foie à l'égard des poisons est comparable au rôle joué par les globules blancs vis-à-vis des microorganismes.

Mais le foie peut se trouver au-dessous de sa tâche, et il peut ressentir profondément les atteintes des substances nocives dont il est chargé de garantir l'économie.

Cet organe peut être atteint soit dans les vaisseaux portes, alors que les cellules seront indemnes, ou bien le poison sera tellement abondant que la cellule sera tuée alors que les vaisseaux afférents n'auront subi aucune altération appréciable.

De même le foie par les veines sus-hépatiques participe à toutes les dyscrasies, à toutes les affections sanguines. Mais c'est sans contredit la veine porte qui reste la voie la plus ouverte aux influences nocives. Or, la veine porte ramène le sang de l'estomac au foie, ce qui explique l'influence de celui-là sur celui-ci.

Depuis longtemps déjà l'attention des médecins fut attirée par l'augmentation du volume du foie chez les dyspeptiques. Mais c'est le professeur Bouchard qui le premier a recherché méthodiquement l'état de cet organe chez ces malades : « Sur 389 observations personnelles de dilatation d'estomac, j'ai reconnu que la tuméfaction du foie s'observe dans la proportion de 23 pour 100. Cette tuméfaction est mobile ; elle augmente, diminue et disparaît suivant que les acci-

dents dyspeptiques s'aggravent ou s'améliorent. Elle récidive facilement. Elle s'accompagne d'endolorissement ou de pesanteur à l'hypocondre droit, et se complique parfois d'ictère.... En l'absence de constatations cadavériques, ces caractères me font considérer comme probable que cette tuméfaction est congestive (1).

Plus tard dans une statistique de 665 cas concernant seulement la dilatation de l'estomac, M. le Professeur Bouchard a trouvé un foie gros chez 240 malades.

Donc le foie est très souvent atteint chez les dyspeptiques, et cette hypertrophie est surtout congestive. Ce sont là des congestions actives qui se traduisent par un malaise profond dans l'hypocondre droit, tension douloureuse avec irradiation dans l'épaule droite, augmentation du volume de la glande qui est douloureuse à la palpation. Tout cela plus ou moins passager, sans fièvre, et se répétant plus ou moins souvent. C'est là le foie qui fait l'accordéon.

Toutes les fois que ces dyspeptiques font un repas un peu plus copieux que d'habitude et que leur digestion se fait plus mal, si on examine la région de l'hypocondre droit, on trouve un foie volumineux qui dépasse de 1, 2 et même 3 et 4 travers de doigt le

(1) Bouchard. — Soc. méd. des hôpitaux, 1884, et exposé des travaux scientifiques, 1886, pp. 93-94.

rebord inférieur des côtes. Puis 2 ou 3 jours après, le foie diminue de volume lentement jour par jour pour revenir complètement à son état normal, et s'y maintenir jusqu'à ce qu'un nouvel écart le fasse augmenter de nouveau.

Si on le rencontre assez fréquemment chez les adultes, c'est surtout chez les enfants qu'il est permis de le constater, car ceux-ci sont beaucoup plus souvent atteints d'infections gastro-intestinales. Leur foie est alors sujet à des changements de volume quelquefois étonnants. On voit le bord inférieur descendre jusqu'à 6 centimètres au-dessous du rebord costal pour se réduire 2 jours après à 3 centimètres et même moins et pour augmenter de nouveau quelques jours plus tard.

Par ce bref exposé des congestions actives du foie, et en particulier de la congestion du foie chez les dyspeptiques, il est facile de voir qu'elle diffère en beaucoup de points de la congestion passive dont nous nous sommes occupés précédemment. Dans cette dernière, le foie est gros, sensible, élastique, lisse, mais il y a de l'ascite, ne revient jamais à son volume primitif, augmente au contraire à chaque nouvelle crise. Dans les congestions actives, le foie est également gros, sensible, lisse, élastique, mais il n'y a pas d'ascite, et la cause de l'infection gastro-intestinale disparaissant par un bon traitement et un bon régime, le foie revient à son état normal.

Voyons maintenant ce qu'il advient lorsque ces congestions se répètent fréquemment, soit que le malade ne veuille pas suivre de régime, soit que la lésion soit trop profonde et qu'elle ne puisse pas être efficacement combattue.

Dans ces cas, il arrive un moment où le volume du foie reste stationnaire, même cet organe devient indolent ou à peu près, et présente, c'est là surtout son caractère principal, une dureté comparable à celle du bois. On interroge les malades, on les examine avec soin, rien qui ne puisse déceler l'alcoolisme, la syphilis, l'impaludisme. Qu'est-ce donc que ces foies ?

On ne saurait voir là qu'une simple congestion chronique, étant donnée la dureté ligneuse de l'organe. Ce ne peut-être qu'une cirrhose, laquelle diffère par ses symptômes de la cirrhose alcoolique : pas d'ascite, pas de circulation collatérale, ou du moins ces signes manquent pendant fort longtemps. Probablement leur absence est due à ce que la distribution du tissu conjonctif néoformé ne gêne pas la circulation porte suffisamment. Mais si une thérapeutique énergique, visant surtout le tube digestif n'enrayait pas le processus d'irritation dont le foie est le siège, l'ascite et la circulation collatérale apparaîtraient à un moment donné.

Dans la thèse de M. Boix, nous trouvons plusieurs observations qui ne laissent aucun doute sur l'exis-

tence de ce foie dyspeptique. Nous lui en empruntons deux qui nous semblent tout à fait probantes.

OBSERVATION III (Obs. XXI, in thèse Boix, page 105)

Dyspepsie. Pas d'alcoolisme. Gros foie sans ictère, sans ascite, sans circulation collatérale, sans splénomégalie

M. X..., docteur en médecine, exerçant en province, 45 ans, vint voir M. Hanot en 1887.

Il souffre depuis 3 ans de dyspepsie gastro-intestinale avec anorexie incomplète. Les digestions sont douloureuses suivies de diarrhée aiguë et abondante. Depuis un an son foie est gros, mais il n'y a ni ascite, ni circulation collatérale, ni ictère, ni augmentation de volume de la rate ; le foie est très dur. Les divers médecins qui l'ont examiné ont porté le diagnostic de kyste hydatique, de cancer du foie.

En 1887, on constate, en effet, un foie volumineux qui descend jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; l'organe est très dur.

Il n'y a pas de matité splénique, pas d'ascite, pas de veines abdominales dilatées, pas d'ictère... L'estomac n'est pas dilaté ; les troubles dyspeptiques se sont améliorés, et l'état général est bon. Depuis 1887 jusqu'en 1892, après un second examen, le foie est resté le même, bien que la dyspepsie ait disparu et que l'état général soit bon. Toujours absence d'ictère, d'ascite, de veines abdominales. Le docteur X... a

toujours été sobre ; il n'y a pas d'alcoolisme dans son histoire.

OBSERVATION IV (Obs. XXII, in Thèse Boix, p. 105)

Dyspepsie. — Dilatation de l'estomac. — Gros foie sans ictère, sans ascite, sans circulation collatérale, sans splénomégalie. — Pas d'alcoolisme.

M. X. ., âgé de 38 ans, chef de gare, vient me consulter en 1888, pour des accidents dyspeptiques dont il souffre depuis 18 mois. Les digestions sont douloureuses, mais le malade n'a jamais vomi. L'estomac est franchement dilaté. Il n'a jamais abusé d'alcool sous aucune forme. Le foie déborde de 3 travers de doigt le rebord costal. Pas d'ascite, pas de veines sous-cutanées abdominales, pas de matité splénique, pas d'ictère.

1889. — La dyspepsie a persisté depuis l'année précédente. Le foie déborde maintenant de 6 travers de doigt.

1890. — Une nouvelle exploration permet de constater l'état stationnaire de l'hypertrophie hépatique. Le foie est remarquablement dur. La dyspepsie s'est pourtant améliorée, car le traitement a été dirigé dans ce sens.

1892. — Même volume du foie. Toujours sans ictère, sans ascite, sans veines abdominales apparentes, sans rate appréciable. Le foie paraît plus dur encore qu'il y a deux ans.

L'état général est bon. Les troubles dyspeptiques ont disparu. Depuis lors la santé du malade est excellente.

Telles sont ces 2 observations. On ne peut mettre en doute la bonne foi des malades. Il s'agit donc bien là d'une cirrhose dyspeptique et non alcoolique. De quelle nature est cette cirrhose ? Se distribue-t-elle comme dans les cas d'alcoolisme ?

Cette question, M. Boix n'a pas pu la résoudre, ces sujets continuant grâce au traitement approprié à jouir d'une santé très satisfaisante.

Mais laissons maintenant de côté cette cirrhose des dyspeptiques pour revenir à la congestion active du début de la dyspepsie.

Sur les conseils de notre maître, M. le docteur Cuffer nous ferons remarquer que le foie de ces malades est sujet à de la congestion passagère, mais que cette congestion n'est pas égale pour tous les lobes. Le lobe gauche est en général beaucoup plus gros et beaucoup plus douloureux que le lobe droit.

Il nous semble que l'explication de ces phénomènes se trouve dans la façon dont se fait la circulation du foie. Dans un des chapitres précédents, nous avons vu que la veine porte en abordant le foie se divise en 2 branches : l'une gauche, l'autre droite. La gauche se distribuant au lobe gauche, la droite se distribuant au lobe droit. Or le plus souvent, d'après les anatomistes, les V. coronaire stomachique et pylorique, se jettent dans la branche gauche,

De plus les expériences de Glenard et de Siraud que nous avons également signalées plus haut, nous

ont démontré que les lobes du foie, sont indépendants les uns des autres. Il n'est donc pas étonnant que dans les maladies d'estomac la congestion hépatique se limite au seul lobe gauche, puisque le sang venant de l'estomac ne se distribue qu'à ce lobe.

Cette constatation de l'hypertrophie du lobe gauche du foie est un élément important de diagnostic entre les affections de l'estomac et la colique hépatique. Il est des cas en effet où ces 2 affections ont pour ainsi dire la même symptomatologie : douleurs vives au niveau de la région épigastrique, survenant par accès, irradiant dans diverses directions : dos, épaule droite, etc., et apparaissant surtout après les repas. Cette douleur peut être si vive que le malade prend les positions les plus bizarres pour en atténuer l'intensité. Elle est accompagnée en général de nausées, de vomissements. Ces accès peuvent se produire à des intervalles plus ou moins éloignés.

L'ictère qui survient fréquemment dans la colique hépatique peut éclairer le médecin mais on sait aussi qu'il manque assez souvent. Or dans ces cas l'examen du foie suffit pour poser le diagnostic.

Est-ce une affection stomacale ? La percussion de la glande hépatique montre que le lobe gauche seul est tuméfié et augmenté de volume.

Est-ce de la lithiase biliaire ? le foie tout entier participe à l'hypertrophie.

Du foie dans les intoxications et foie infectieux

À côté de l'alcool et des poisons venant de l'estomac il est d'autres substances toxiques qui ont une influence néfaste sur la glande hépatique, et quelques-unes mêmes localisent d'emblée leurs effets aux tissus épithéliaux du foie. Ce sont, en particulier, le phosphore, l'arsenic, l'antimoine.

Ces substances absorbées par mégarde, mais le plus souvent dans un but de suicide, ont à peu près les mêmes symptômes et les mêmes effets (nous ne parlons pas des modifications microscopiques). Après les troubles digestifs communs à presque toutes les intoxications : douleurs à l'épigastre, sensations de brûlure et de déchirure, vomissements, etc., il survient un ictère et une augmentation appréciable du volume du foie. La percussion montre que ce foie déborde de 1 ou 2 travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes, qu'il est mou, et que la région entière de l'hypochondre droit est douloureuse. L'ictère

où au moins un subictère, accompagne toujours cette augmentation de volume et cette sensibilité du foie.

En dehors des renseignements fournis par le malade, qui sont quelquefois volontairement très incomplets, en dehors de ceux fournis par les personnes qui l'entourent et qui très souvent ignorent ce qui s'est passé, devant de tels accidents digestifs s'accompagnant de foie gros avec ictère, on devra toujours penser à une intoxication, et le plus souvent à une intoxication par les substances déjà nommées.

Cependant en présence de pareils symptômes, et surtout si les renseignements manquent complètement, il est quelquefois fort difficile de poser un diagnostic précis. Il y a en effet une maladie à laquelle on devra toujours penser : c'est à l'ictère grave.

En général le début de l'ictère grave est plus insidieux et la marche de la maladie est plus lente, mais il est des cas où les accidents sont brusques et tumultueux, et alors c'est l'exploration attentive du foie qui permettra de faire le diagnostic. Au début le foie est gros et douloureux, mais il diminue bientôt et s'atrophie au point de s'affaïsser contre la colonne vertébrale. La matité hépatique se trouve en partie remplacée par la sonorité intestinale qui peut remonter alors jusque sous les faussés côtes. Or, dans l'intoxication phosphorée ou autre, le foie reste toujours gros et douloureux. Par la palpation il est vrai, sa présence est difficile à constater, car sa consistance

molle se confond avec celle du paquet intestinal sous-jacent, mais la matité existe toujours et la glande hépatique est toujours trouvée dépassant de 2 et même 3 travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes.

Si, ce qui est malheureusement trop rare, le malade guérit, le foie tend à reprendre son volume normal.

A côté de ces principes toxiques dont nous venons de parler, il en existe d'autres qui ne sont pas moins redoutables : ce sont les toxines élaborées par les micro-organismes.

Le foie, en effet, est presque toujours lésé et quelquefois même gravement dans le cours des maladies infectieuses, telles que variole, scarlatine, pneumonie, grippe. Cela se comprend, car le foie par ces fonctions multiples, par sa richesse cellulaire, par son rôle d'arrêt pour les poisons, est un lieu de moindre résistance.

Ces hépatites survenant dans le cours d'une maladie générale, n'est pas reconnue par le médecin si celui-ci ne les cherche pas, et il faut une grande attention pour distinguer leurs manifestations de celles de la maladie principale.

La tuméfaction du foie est quelquefois assez prononcée, et dépasse de 1 ou 2 travers de doigt le rebord costal. Cette tuméfaction se porte sur la totalité de l'organe et est en général indolente. Cette

tuméfaction sera la seule manifestation de cette hépatite si l'altération cellulaire est peu prononcée. Dans le cas contraire, d'autres phénomènes apparaissent, tels que céphalée, accablement, insomnie, sensation de dyspnée pénible que ne justifie pas l'état des poumons, accompagnés ou non d'ictère. Ces hépatites pyrétiqques ont une marche rapide et constituent une complication sérieuse des maladies, pouvant entraîner la mort. Celle-ci est attribuée à la maladie générale, les désordres du foie étant le plus souvent passés inaperçus. Aussi faut-il toujours rechercher l'état du foie dans la maladie infectieuse, et instituer un traitement approprié dès que la constatation de la tuméfaction a été faite.

Heureusement, la fonction du foie se rétablit la plupart du temps, la maladie elle-même marche vers la guérison et le sujet après quelque temps de convalescence semble tout à fait rétabli. Cependant à la suite des infections, la restitution ad integrum des organes lésés est rare, et le foie semble recevoir tout particulièrement le contre coup de ces infections. Il devient plus accessible, et la moindre cause est funeste pour lui.

Y a-t-il une cirrhose particulière survenant après une maladie infectieuse? M. Lancereaux ne le croit pas, et pour lui l'alcoolisme est toujours en cause. Pour M. Hanot, et pour son élève, M. Gastou, l'alcool doit être très souvent incriminé, mais la

maladie infectieuse est une cause adjuvante qui a déterminé l'apparition de la cirrhose. Si cette maladie infectieuse n'avait pas existé, peut-être la cirrhose aurait-elle fait défaut.

Voici comment se présente cette cirrhose, dite infectieuse. A l'occasion d'excès ou sans cause apparente les phénomènes suivants apparaissent.

Le malade se fatigue pour un rien, il maigrit, devient triste ou inquiet, ses digestions se font mal, son appétit est faible, irrégulier, avec des alternatives de constipation et de diarrhée ; ses traits sont tirés, sa figure est pâle, la peau sèche. Des douleurs vagues et indéterminées le tourmentent : il souffre partout et nulle part. Malgré les toniques, malgré toutes les médications instituées, l'amaigrissement et la faiblesse augmentent. Mais au fur et à mesure que la maladie progresse, la douleur tend à se fixer vers la région hépatique. Si l'on examine le foie, on le trouve généralement hypertrophié, dépassant de 3 à 4 travers de doigt le rebord des fausses côtes. Cependant on a pu trouver quelquefois le foie petit, et alors il y a plus ou moins d'ascite et une circulation collatérale plus ou moins développée.

L'examen des autres organes est négatif, le malade va de plus en plus mal, s'amaigrissant, ayant de la fièvre. Le délire, les hallucinations, les hémorragies apparaissent et le malade s'éteint lentement dans le coma, ou bien il est emporté plus rapidement par une

bronchite, une pleurésie, ou une congestion pulmonaire.

Tel est l'aspect de la cirrhose infectieuse qui peut varier dans ces modalités, mais garde toujours des symptômes fixes.

Ces symptômes peuvent être rapprochés de ceux de la cirrhose alcoolique. Il est à remarquer cependant que l'hypertrophie du foie est beaucoup plus commune que l'atrophie, ce qui est le contraire chez les alcooliques.

Ces hépatites que l'on rencontre dans les maladies infectieuses, sont également une complication des plus sérieuses pour les maladies pyohémiques et septicémiques, telles que érysipèle traumatique, infection puerpérale, etc. Là encore on trouve la tuméfaction du foie, et c'est un mauvais signe qui doit toujours aggraver le pronostic déjà si sombre des maladies septicémiques.

Cette hypertrophie du foie qui, avons-nous dit plus haut se rencontre très souvent dans le cours des maladies infectieuses, n'est cependant pas commune à toutes, et elle revêt surtout dans certains cas des allures toutes particulières. Dans la fièvre typhoïde en particulier, elle est en général absente ou du moins peu accentuée; tout au plus trouve-t-on la glande dépassant de $1/2$ à un travers de doigts le rebord des fausses côtes. Cela ne veut pas dire que le foie soit intact dans le cours de cette maladie; les trop nom-

breuses autopsies qui ont pu être faites à la suite de dothiéntérie ont au contraire démontré que les cellules hépatiques, sous l'influence des microbes et des poisons élaborés par eux, sont frappées la plupart du temps de déchéance, de dégénérescence plus ou moins complète. Le léger subictère qu'il est fréquent de rencontrer chez les typhiques, atteste également un catarrhe des voies biliaires. Mais qu'on palpe, qu'on percute la région hépatique, on ne constate pas une augmentation notable du volume du foie. Telle est la règle dans les fièvres typhoïdes normales. Nous ferons remarquer également que, comme dans les autres maladies infectieuses telles que la grippe (qui se rapproche le plus, quelquefois, comme symptômes, de la dothiéntérie), tous les lobes sont atteints et le foie est totalement augmenté de volume.

Mais à la fièvre typhoïde peut se surajouter une autre infection, soit au début, soit au moment de la convalescence ; alors les symptômes ne sont plus les mêmes et c'est surtout l'examen du foie qui permet de faire le diagnostic dès le début. Dans ces cas d'infection surajoutée, en effet, la glande hépatique est toujours augmentée de volume et souvent d'une façon considérable, au point de la trouver dépassant les fausses côtes de 3, 4 et même 5 travers de doigt. L'hypertrophie et la sensibilité portent surtout sur le lobe droit.

C'est ce que nous avons constaté sur 5 ou 6 femmes

entrées l'année dernière dans le service de M. Cuffer, toutes atteintes de fièvre typhoïde, et toutes ayant présenté au moment de la convalescence les mêmes symptômes, lesquels symptômes, sans un examen attentif auraient pu faire croire à une simple rechute, alors qu'il en était tout autrement. Or, c'est par l'examen du foie qu'il a été le plus souvent permis d'affirmer dès le début que les accidents étaient dus à une infection autre que l'infection éberthienne, et de faire un pronostic beaucoup plus grave que s'il ne s'était agi que d'une rechute.

Voici comment se présentaient ces malades.

A leur entrée à l'hôpital toutes présentaient les symptômes de la fièvre typhoïde, et le séro-diagnostic vint chaque fois confirmer le diagnostic. La maladie suivait son cours normal et après la durée classique la température redescendait à 37° et la convalescence commençait. Tout faisait prévoir une guérison prochaine. Puis tout à coup la température remontait à 38°, 39° et atteignait en 2 ou 3 jours 40°. L'idée d'une rechute se présentait tout d'abord à l'esprit, mais en examinant les divers organes on trouvait un foie douloureux, hypertrophié, dépassant de plusieurs travers de doigt le rebord des fausses côtes. Cette augmentation du volume du foie (portant surtout vers le lobe droit et si peu appréciable dans la fièvre typhoïde) faisait tout de suite écarter cette idée de rechute, et avec raison, En effet en examinant plus attentive-

ment les malades, et surtout quelques jours après le début de la fièvre, on remarquait que tous les symptômes différaient de ceux rencontrés dans la dothiéntérie normale. La langue n'était pas tremblotante, les vomissements étaient fréquents, le ventre était ballonné et une diarrhée intense, non jaune, épuisait les malades. Pas de taches rosées lenticulaires, refus absolu de toute alimentation. S'il y avait délire, celui-ci était doux et tranquille. Prostration extrême et finalement le malade mourrait au milieu de ces phénomènes, et cette terminaison fatale a été la règle chez toutes les malades observées. On sait au contraire que les rechutes de fièvres typhoïdes sont relativement bénignes.

En plus de ces symptômes, trois malades dont nous rapportons plus loin l'observation en présentaient un autre, à peu près identique chez toutes les trois ; nous voulons parler d'une éruption plus ou moins généralisée ayant les caractères suivants : elle était formée de petites papules de couleur rouge vif, unies, ou bien surmontées d'une minuscule vésicule, se séchant très vite. Ces papules disparaissaient à la pression. Quelquefois elles étaient confluentes et formaient de larges placards rouges, découpés avec entre eux des intervalles de peau saine.

Tous ces symptômes montrent clairement qu'il y avait là une infection du tube digestif, infection survenant pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde

mais pouvant également survenir pendant le cours même de cette maladie. Or l'augmentation du volume du foie dans ces cas n'a rien qui puisse nous surprendre, car toutes les maladies du tube digestif, (estomac, intestin) ont forcément un retentissement sur le foie, et même bien souvent ce sont les seuls symptômes hépatiques qui ouvrent la scène.

L'examen du foie est donc très important dans la dothiéntérie, surtout dans les cas où cette maladie revêt des allures anormales. La glande hépatique étant trouvée hypertrophiée d'une façon sensible, alors même que tous les autres symptômes manqueraient ou seraient peu accusés, on devra penser à une infection surajoutée du tube digestif, et diriger le traitement dans ce sens.

De quelle nature est cette infection ?

Nous ne pouvons rien affirmer sur ce point. Cependant avec notre maître, M. le docteur Cuffer nous pensons qu'elle est due au coli-bacille. Ce microbe, hôte habituel de notre tube digestif et en général inoffensif, peut devenir pathogène sous certaines influences qui ont pour résultat d'affaiblir l'organisme. Or la fièvre typhoïde n'est-elle pas une maladie affaiblissant l'organisme humain d'une façon tout à fait exceptionnelle ? et préparant par cela même un terrain bien propre au développement du coli bacille ?

De plus, ne savons-nous pas que certains microbes inoffensifs lorsqu'ils sont isolés, deviennent pathogènes

nes au contact d'autres qui sont de nature différentes. N'en peut-il pas être ainsi du coli-bacille ?

On peut admettre également l'infection par la voie buccale, de quelque manière qu'elle se fasse : changement de langes souillées de matières fécales, lavages insuffisants de la bouche, etc, etc.

Les autopsies que nous avons eu l'occasion de faire ne sont pas de nature à nous faire penser autrement. En effet ayant ouvert l'intestin sur toute sa longueur, nous y avons trouvé les lésions de la dothiéntérie entièrement guéries, et à côté d'elle les lésions banales des entérites aiguës : congestion de la muqueuse intestinale, petites ulcérations des follicules clos, etc, etc.

Ceci dit voici les trois observations que nous avons recueillies :

OBSERVATION V

Sabine Jeanne, femme Lavoix. Entrée le 19 sept. 1900 à l'hôpital Necker, pavillon Peter, lit n° 3, service de M. le docteur Cuffer.

Le diagnostic de fièvre tyhoïde est fait dès l'entrée de la malade à l'hôpital, et il est confirmé le lendemain par le sero-diagnostic qui est positif. La température atteint 39°9.

D'après les renseignements que nous donne la malade, et surtout grâce à la constatation de tâches rosées lenticulaires, on peut affirmer que la maladie est au moins au 8^{me} jour.

Rien de particulier à signaler pendant tout le cours de cette

fièvre continue qui évolua normalement. Dès le 26 sept. la température baissa pour atteindre 37°2 le 30.

1^{er} octobre. — La malade qui la veille semblait entrer en convalescence définitivement, est trouvée beaucoup moins bien le matin. L'asthénie est profonde.

Le pouls est assez bien frappé.

La langue est humide, le ventre est souple, la malade va bien à la selle.

La percussion du foie dénote un peu d'augmentation et un peu de sensibilité de cet organe, mais tout cela encore peu accusé.

L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal.

2 octobre. — La malade a passé une mauvaise nuit.

Ventre ballonné, un peu tendu. Aucune matité dans les flancs. Pas de douleur à la palpation, si ce n'est à la région hépatique et à droite. Le foie dépasse de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes, sur la ligne mammaire. Peu augmenté sur la région xiphoidienne.

Il survient quelques vomissements dans la journée.

Ce même jour apparaît une éruption, qui débutant sur le ventre, envahit bientôt tout le tronc, et est nettement accusée en avant. Cette éruption est formée de taches rouges confluentes, d'un rouge vif uniforme, disparaissant à la pression.

L'état d'asthénie persiste avec phénomènes inquiétants du côté du pouls qui monte à 120. Températ. 39°4 le matin — 38° le soir.

Devant ces symptômes : éruption, ballonnement du ventre, vomissements ; hypertrophie du foie, toute idée de rechute est écartée et on pense à des complications digestives.

Médication. — Huile de ricin à petites doses ; lavements.
Lotions froides, caféine.

3 octobre. — Etat stationnaire. Cependant le pouls est un peu mieux frappé le matin. L'éruption persiste et est aussi rouge.

La malade ne veut rien boire.

Le ventre est toujours ballonné, l'hypertrophie du foie reste stationnaire.

Température 38°8 le matin.

L'œil est bon, le malade n'a pas le délire et répond bien aux questions qui lui sont posées.

Le soir l'état s'est un peu empiré. Le pouls est au-dessus de 120. La prostration est extrême.

On prescrit de la caféine et de l'huile camphrée, mais on supprime les enveloppements froids, la malade semblant trop faible pour les supporter.

La nuit syncope, mort.

Autopsie : Poumon. — Un peu congestionné aux 2 bases. — Rien au sommet.

Cœur. — Normal.

Rate. — Noire, augmentée de volume, s'écrase facilement sous le doigt.

Foie. — Est augmenté de volume d'une façon notable, et a une teinte jaunâtre du foie gras. Le lobe droit est plus hypertrophié à proportion que le lobe gauche.

Reins. — Congestionnés, un peu gros.

Intestin. — Aucune trace de plaques de Peyer sur l'intestin grêle. Seulement, en 2 ou 3 endroits, sur une longueur de quelques centimètres, on voit la muqueuse rouge, ecchymotique, rappelant la teinte hortensia du choléra-

infantile. Entre ses points on trouve la muqueuse blanchâtre, desquamée. Le cœcum semble normal; pas de plaques de Peyer. Le colon ascendant est villeux, congestionné en un endroit, et on trouve une petite ulcération près de l'S iliaque.

OBSERVATION VI

Mlle Courtel, 22 ans, entrée le 15 février 1900 à l'hôpital Necker, pavillon Peter, lit n° 23. Service de M. le docteur Cuffer.

A son entrée à l'hôpital, la malade avait une température de 40° 2.

Cette température élevée, joint aux autres symptômes presque classiques, ont permis de faire sur le champ le diagnostic de fièvre typhoïde, contrôlé par le séro-diagnostic positif.

La maladie suivit son cours normal. Le 22 février la température commence à baisser, et atteint la normale (37° 2) le 26.

Le malade semble être définitivement entrée en convalescence : le pouls, l'état de la malade, tout le prouve..

2 et 3 Mars. — Les 3 jours précédents la température est restée à 37°, mais le 2 et le 3 elle recommence à monter, et atteint progressivement 38°4. 38°8, 39°4, sans aucune rémission. La malade devient en même temps plus agitée, un peu anxieuse.

La langue est humide, saburrale au centre, rouge sur les côtés.

Le ventre est un peu dur et légèrement ballonné.

Le foie déborde les fausses côtes de 1 travers de doigt environ sur la ligne mammaire. Il est également un peu sensible à la pression.

Le pouls s'accélère.

3 mars. — Apparaît une éruption qui débute par le ventre et qui gagne bientôt le tronc et les membres supérieurs. Cette éruption est constituée par des placards assez vifs, avec intervalles de peau saine. Ces placards sont confluents, découpés, et surmontés de petites vésicules miliaires remplies de liquide banchâtre.

Le foie a encore augmenté de volume. Mais il n'est pas douloureux spontanément. Ce n'est qu'à la palpation que la malade accuse de la sensibilité.

Traitement. — Les lotions qui avaient été supprimées, sont ordonnées de nouveau. Sérum artificiel, 1 litre. Purgations au calomel à petites doses répétées.

Régime lacté, thé au rhum. Quinine. Benzo-naphol.

4 mars. — Température 40°.

Pouls affolé, rythme fœtal, impossible à compter, dépressible.

La malade a le délire, est agitée et veut se lever. C'est un délire spécial tout différent du délire typhique, plus calme.

La malade tousse, mais il est impossible de localiser la lésion pulmonaire.

La malade va bien à la selle. Diarrhée même abondante ; un peu d'albumine.

Il n'y a pas de vomissements.

Le ventre est assez tendu mais non douloureux.

Le foie est à peu près comme la veille, un peu plus douloureux cependant. La rate est également très sensible. Ventouses.

L'éruption est à son acmé avec les mêmes caractères. Elle s'est étendue à la figure.

Traitement. — Caféine en injection et potion : 1 gr. 50. Cataplasmes sinapisés dans le dos.

5 mars. — Température moins élevée, 38°4. Pouls 130.

L'éruption commencée à pâlir sur le ventre. Peu à peu elle desquame. Cette desquamation furfuracée est très rapide.

L'état général est un peu meilleur. Mais le délire persiste surtout la nuit.

Le foie a encore augmenté un peu de volume. Il déborde maintenant de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes sur la ligne mammaire.

6 et 7 mars. — Peu de changement. Le pouls est toujours rapide mais plus régulier. Le cœur bat assez bien avec intervalles normaux.

Même traitement. Lavages de l'intestin.

8 mars. — Poussée du côté du foie. Point de côté violent au niveau de cet organe avec propagation un peu plus haut et en arrière.

La glande hépatique est douloureuse, grosse, déborde de 3 travers de doigt le rebord des fausses côtes.

La malade continue à tousser.

Percussion : Matité à la base droite.

Auscultation. — Quelques râles crépitants, respiration soufflante ; bronchophonie.

Dyspnée assez accentuée.

Température 39°. Pouls 140.

9 mars. — On constate bien nettement la localisation pulmonaire et pleurale.

A droite, matité intéressant toute la moitié inférieure du poumon.

Absence de murmure vésiculaire, expiration soufflante, bronchophonie.

Dyspnée. Etat général assez grave.

Le foie est toujours volumineux et douloureux à droite.

Pouls 150. Température 40°.

Agitation, mais le délire a disparu.

10 mars. — L'état général semble meilleur.

Figure un peu bouffie cependant

Ventre toujours un peu tendu. Plus de traces d'éruption. Selles abondantes.

Pas de changement du côté du poumon. L'expectoration muco-purulente est peu abondante.

11 mars. — La malade meurt à 2 heures du matin d'une syncope.

Hypothèse. — Complications coli-bacillaire au décours d'une dothiéntérie.

Complications cutanées. Eruption.

Congestion hépatique.

Congestion pleurale et broncho-pneumonie

Autopsie. — Assez grande quantité de liquide dans la plèvre droite.

Poumon droit petit, rétracté, avec sur son bord une saillie blanchâtre de la grosseur d'une noix. Ouverte, il en sort du pus. C'est une sorte de caverne purulente avec une bronche au milieu.

Le reste du poulmon est congestionné. Il en sort une grande quantité de liquide spumeux.

Le poulmon gauchè est également congestionné.

Intestin. — Les plaques de Peyer sont déjà guéries. Un peu de congestion de la muqueuse. Pas d'ulcérations.

Cœur. — Normal.

Rate. — Peu augmentée de volume, molle, diffuente.

Foie. — Très augmenté de volume à droite. Beaucoup moins à gauche. Il est gras.

Comme nous l'avons déjà dit antérieurement, il y a des cas où ces complications digestives, apparaissent dans le cours même de la fièvre typhoïde. Or les symptômes typhiques surtout s'ils sont très accusés pourraient faire passer ces complications inaperçues. C'est le foie alors qui nous renseignera.

Voici une observation, recueillie également dans le service de M. le docteur Cuffer, et qui, si elle n'est pas probante au point de vue de la valeur diagnostique de l'hypertrophie du foie, puisque les symptômes digestifs observés chez la malade, étaient à eux seuls suffisants pour reconnaître la complication, démontre du moins que le foie subit une notable augmentation de volume, que l'on ne rencontre pas au cours d'une dothiènéntérie normale.

OBSERVATION VII (Résumée)

Femme Declais. — Hôpital Necker, pavillon Peter (crèche).

— Service de M. le Docteur Cuffer. — Entrée le 3 mai 1900.

A son entrée elle est atteinte de rhumatisme subaigu, de nature blennorrhagique, localisé au poignet droit.

Immobilisation, massage ; pointes de feu.

Le rhumatisme dura peu de temps, et elle semblait guérie quand subitement, le 18 mai, elle présente une température élevée (40°) et a plusieurs vomissements dans la journée. Constipation, puis diarrhée.

On apprend en l'interrogeant que depuis plusieurs jours elle était plus mal portante et surtout avait un violent mal de tête.

On fait le diagnostic de fièvre typhoïde, et le séro-diagnostic positif vient le confirmer.

Dès lors la malade est mise au traitement et isolée de la crèche. Elle entre salle des femmes.

Pendant les premiers jours, les fonctions digestives s'amendent et la fièvre typhoïde suit son cours normal.

La température oscille entre 38°8 et 40°.

Le 24 mai, pouls 120°.

La malade refuse toute boisson, et elle entre dans une phase compliquée qui va s'accroissant tous les jours.

Le ventre est très ballonné ; la diarrhée est abondante. Etat nauséux et souvent vomissements.

Le foie déborde, les fausses côtes de 2 travers de doigt, et est très douloureux à la palpation.

Le pouls est petit, mal frappé, oscillant entre 130 et 140° quelquefois même incomptable.

Jusqu'au 28 mai, l'état reste stationnaire. Le foie cependant semble avoir encore augmenté de volume. Il est toujours aussi douloureux, surtout à droite.

28 mai — Apparition d'une éruption, d'un rouge vif, localisée au ventre et au tronc surtout en avant.

Température, 40°2.

29, 30 mai. — L'éruption persiste. Elle commence à pâlir le 30.

Le foie est toujours gros et douloureux. La température est toujours élevée. Il est à remarquer cependant que les oscillations sont très accentuées.

Le 1^{er} juin, l'éruption a à peu près complètement disparu. Mais l'état général s'aggrave. Adynamie profonde, refus absolu de boire. Affollement du pouls qui subit des variations brusques de fréquence.

La malade meurt le 4 juin dans cet état d'adynamie.

L'autopsie n'a pas été faite.

Pour terminer ce chapitre, nous dirons quelques mots sur le foie paludique et syphilitique. Le paludisme et la syphilis, maladies infectieuses au premier chef, retentissent en effet d'une façon toute spéciale sur la glande hépatique.

Chez le paludique, les désordres symptomatiques sont les suivants : le foie à peine tuméfié dans le prin-

cipe, s'accroît avec lenteur dans toutes ses diminutions, déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigt, descend jusqu'à l'ombilic, ou même jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et finit par remplir la presque totalité de la cavité abdominale. L'abdomen sans changement appréciable au début, se tuméfie plus tard par le fait de l'augmentation du foie et de la rate et aussi du météorisme et de l'ascite, ces derniers étant cependant plus tardifs et moins accentués que chez les buveurs. De plus, la circulation collatérale est beaucoup moins développée, il y a très souvent ictère, ce qui rapproche l'hépatite paludique de la forme grasseuse de la cirrhose alcoolique.

La marche de la cirrhose paludique est continue progressive et en même temps très lente du moins si on la compare à la cirrhose due à l'alcool.

Cette tuméfaction du foie n'est accompagnée d'aucune douleur ni à la percussion, ni à la palpation. De plus la rate présente une tuméfaction égale et même plus accentuée que celle du foie ce qui permet de faire le diagnostic. Dans l'hypertrophie grasseuse, d'origine alcoolique, il y a bien aussi tuméfaction de la rate, mais beaucoup moins évidente.

Chez les syphilitiques le foie est également très souvent atteint ; il le sera d'autant plus sûrement que le malade sera un buveur, un grand mangeur et qu'il mettra ainsi son foie dans une infériorité notoire et

prêt à recevoir l'influence du virus syphilitique.

Si dès le commencement de l'infection hépatique on a l'avantage de suivre le malade, si chaque jour, chaque semaine on examine attentivement le foie, on on le voit peu à peu augmenter de volume, s'arrêter dans cette augmentation, puis revenir sur lui-même et finir par s'atrophier. Cette atrophie quoique la plus fréquente n'est cependant pas toujours fatale, et le foie peut très bien rester hypertrophié.

Au début cette hypertrophie n'a aucun caractère spécial. Le foie est lisse, d'une consistance à peu près normale, d'une sensibilité plus ou moins accusée. Mais plus tard les caractères changent. Le foie devient très dur, sa surface est inégale, est bosselée, et l'on peut sentir des saillies ou mieux des nodosités fermes nettement circonscrites, qui ne sont autre chose que des gommès syphilitiques.

Si l'organe s'atrophie, cette atrophie peut porter sur toute la glande, mais, et c'est là un caractère important, cette atrophie peut également se localiser et n'atteindre qu'un des lobes du foie.

Aussi est-on très étonné lorsqu'on n'a pas suivi la maladie, de trouver une sonorité anormale, soit à droite, soit à gauche suivant le lobe atrophié et de trouver au contraire une matité quelquefois très étendue, au niveau du lobe qui persiste. Ce lobe hypertrophié est dur, présente des saillies à sa surface, et son bord libre

est découpé par des scissures ou des dépressions profondes qui le rendent tout à fait irrégulier.

Cette déformation de la glande est pour ainsi dire spéciale à la syphilis, et ne se rencontre jamais ni dans la cirrhose alcoolique, ni dans la cirrhose paludique.

Quant aux autres symptômes, ils sont à peu près les mêmes que ceux que l'on rencontre dans toutes les autres maladies du foie à savoir, une douleur plus ou moins vive dans l'hypocondre droit, douleur provoquée par la percussion et la palpation, des troubles digestifs, des douleurs dans l'épaule droite, etc.

Cependant il faut bien savoir que la syphilis peut évoluer d'une façon peu bruyante, lentement, progressivement. Les troubles sont alors très peu accentués, et l'hépatite passerait inaperçue si on avait soin de faire l'examen du foie le plus souvent possible. Or cet examen est très utile. Il permettra d'instituer un traitement énergique et d'empêcher la dégénérescence graisseuse ou amyloïde qui constituent un danger si redoutable pour ceux qui en sont atteints.

Avant de terminer notre travail, très incomplet nous le reconnaissons, qu'on nous permette de donner les conclusions que M. Glénard, de Lyon, a formulées après son étude sur le foie des diabétiques, publiée dans le « Lyon Médical ». Cet auteur qui comme médecin de Vichy a eu nombre de glandes hépatiques à

examiner, a trouvé que les lobes de cet organe se comportent différemment suivant qu'on a affaire à un diabétique, à un lithiasique ou à un alcoolique, et cela aussi bien pour la consistance que la sensibilité et la forme.

« Un des points importants à signaler dans l'hypertrophie du foie chez le diabétique, c'est que ce foie a une consistance molle, ce qui permet de le reconnaître du foie alcoolique qui, lui, est toujours dur ou du moins rénitent.

Dans le foie alcoolique, comme dans le foie diabétique, il y a une indépendance lobaire, mais dans le premier cette indépendance est bornée à la forme. — La sensibilité, la densité sont les mêmes dans toutes les parties sensibles du foie. Le foie lithiasique se rapproche du foie alcoolique par l'indépendance lobaire. Elle existe quant à la forme ; la sensibilité et la consistance se retrouvent les mêmes dans tout le foie, mais elle se rapproche du foie diabétique par ses formes souples, rénitentes et sensibles ; plus fréquentes que les formes dures et indolentes. L'hypertrophie monolobaire droite n'existe pas.

Chez les diabétiques, évolution alternante tantôt progressive, tantôt régressive. Cette évolution porte sur les 3 caractères : hypertrophie, consistance et sensibilité.

Chez l'alcoolique, évolution de forme seulement ne pouvant être que régressive.

Les lésions sont le plus souvent localisées à un lobe (lobe droit dans le diabète) ; à 2 lobes (lobe droit et médian) dans la lithiase ; aux 3 lobes dans l'alcoolisme.

Le lobe qui est le plus souvent atteint, soit isolément, soit simultanément avec les autres est plutôt : le lobe droit dans le diabète ; le lobe épigastrique dans l'alcoolisme : le lobe carré dans la lithiase.

On voit par ce qui précède, que M. Glénard a reconnu que dans différentes affections les lobes du foie sont plus ou moins particulièrement atteints.

Nous ajouterons avec M. le docteur Cuffer, que chez les dyspeptiques c'est le lobe gauche surtout qui est atteint et hypertrophié, et que dans le coli-bacilleuse (affection tout particulièrement intestinale), c'est le lobe droit.



Conclusions

De ce qui précède, nous pouvons conclure :

1° Que dans tous les cas où il se fait de la stase sanguine dans le foie, le cœur est dilaté, ou du moins fait un travail insuffisant. Or, il faut rechercher avec soin quelles sont les causes de cette dilatation cardiaque, et ~~cela~~, pour instituer le traitement. Les toni-cardiaques, très utiles en certaines circonstances (lésions valvulaires), seraient nuisibles dans d'autres (néphrite, artério-sclérose), car ils contribueraient à augmenter une tension sanguine déjà trop élevée. Dans ce dernier cas, ce sont les saignées locales au niveau de l'organe malade (foie, rein), qui ont le plus d'action.

2° Que chez les alcooliques ne se plaignant que de troubles digestifs, l'examen du foie doit toujours être fait attentivement. Il permettra de reconnaître que le foie est déjà touché, et qu'il est atteint de congestion (période précirrhotique). Cette constatation est d'autant plus importante qu'à cette période, la guérison

est encore possible, tandis que plus tard, à la période cirrhotique, la lésion est incurable.

La congestion précirrhotique porte sur tout l'organe : sur tous ses diamètres et sur tous ses lobes.

3° Que chez les dyspeptiques, on trouve également une hypertrophie du foie due à de la congestion ; que cette congestion est passagère et à répétition (foie en accordéon), et qu'elle porte tout principalement sur le lobe gauche de la glande.

Cette hypertrophie du seul lobe gauche du foie, permettra, dans les cas difficiles, de faire le diagnostic entre le foie lithiasique et le foie des dyspeptiques.

4° Enfin que dans la coli-bacillose, nous retrouvons également la congestion hépatique, mais portant principalement sur le lobe droit. Devant ce symptôme, on ne confondra pas cette affection intestinale avec la fièvre typhoïde (le foie étant peu congestionné et les 3 lobes participant à l'hypertrophie) et avec la grippe (le foie étant très augmenté de volume et l'hypertrophie portant également sur la totalité de l'organe).

Vu : Le Président de la Thèse,
E. BRISSAUD.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

- SAPPEY. — Anatomie descriptive.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.
- BROUARDEL ET GILBERT. — Traité de médecine.
- EICHORST. — Sémiologie médicale
- DICTIONNAIRE DECHAMBRE. — Article foie.
- FRERICKS. — Traité des maladies de foie. — Traduction
Dumesnil.
- LANCEREAUX. — Maladies du foie et du pancréas.
- FAIVE ET LANDAU. — Rôle de la V. cave suspenseur du foie.
- LEGRY. — Contribution à l'étude du foie dans la fièvre
typhoïde. Thèse de Paris, 1894-1892.
- GLÉNARD ET SIRAUD. — Revue des maladies de la nutrition.
- HANOT ET BOIX. — D'une forme de cirrhose non alcoolique
du foie par auto-intoxication d'origine gastro-intestinaie.
Sem. méd. 4 avril 94.
- BOIX. — Foie des dyspeptiques. — Th. de Paris 1893-1894.
- GASTOU. — Le foie infectieux. — Th. de Paris 1892-1893.
- DEGUERET. — Relations pathologiques du foie et de l'esto-
mac. — Th. Paris, 1893-1894.
- CHARCOT-BOUCHARD. — Traité de médecine.
- LABADIE-LAGRAVE. — Traité des maladies du foie.

- GLÉNARD. — Foie des diabétiques. — Lyon médical.
- GAUME. — Contribution à l'étude de foie brightique. — Th. Paris 1889.
- FRANÇON. — Des hépatites alcooliques. Th. de Lyon, 1888.
- HANOT. — Considérations générales sur la cirrhose alcoolique. Sem. méd., 1893, p. 209.
- LEROUX. — Contribution à l'étude de la cirrhose hépatique alcoolique. Predisposition et précirrhoses.
- RENDU. — Clinique médicale, tome II, p. 17. Congestion hépatique et cirrhose.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne.
- HANOT. — De la cirrhose hypertrophique biliaire. Th. Paris, 1893.
- Considérations générales sur la cirrhose alcoolique. Sem. méd., 1893.
- PIQUET. — De l'hépatite interstitielle paludéenne. Th. Paris, 1880.
- OLIVE. — Des formes cliniques de la lithiase biliaire. Th. Paris, 1884.
- CYR. — Causes d'erreurs dans le diagnostic de l'affection calculieuse du foie.

